Rok XXXV. Kraków 19. Września 1896. Nr. 38.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

KONKURS

na prowizoryczną na rok jeden posadę lekarza klimatycznego w Zakopanem z roczną płacą 1200 złr.

Obowiązki lekarza określa osobna instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo i statut uzdrowiska w Zakopanem.

O tę posadę ubiegać się mogą lekarze z dyplomem uzyskanym na jednym z austryackich uniwersytetów a pierwszeństwo mają lekarze po odbytej praktyce szpitalnej i pracowniach chemicznych.

Podania wnosić należy do komisyi klimatycznej w Zakopanem do 30. Września 1896.

Zakopane w Sierpniu 1896.

Dr. Chramiec.
przewodniczący komisyi klimatycznej.

164—3—3

L. 2451.

KONKURS.

W wykonaniu rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 17. Kwietnia 1896. l. 20830. rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Głogowie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na koszta podróży 200 złr. w. a.

Okręg sanitarny obejmować ma gminy: Bratkowice, Budy, Głogów, Hucisko ad Przewrotne, Jasionka, Lipie, Mrowla, Pogwizdów, Przewrotne, Rogoźnica, Rudna mała, Rudna wielka, Stobierna, Styków, Wola cicha, Wulka pod lasem, Wysoka, Zabajka i Zaczernie.

Podania o nadanie tej posady wnosić należy do Wydziału powiatowego w Rzeszowie w terminie do 30. Września 1896. i dołączyć do podania w myśl §. 7. ust. z dnia 2-go Lutego 1891. Nr. 17. Dz. ust. kraj.

1) Dyplom doktora medycyny.

2) Dowód obywatelstwa austryackiego.

3) Świadectwo odbytej najmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim.

4) Świadectwo lekarskie potwierdzone przez c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdatnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału Rady powiatowej.

W Rzeszowie 12. Sierpnia 1896. 160—3—3

Rok XXXV. Kraków 19. Września 1896. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Artykuły oryginalne.

I. Uwagi nad oceną sądowo-lekarską t. zw. „błędów w sztuce“.

Według wykładu mianego dnia 9. Lipca 1896.

Podał

Doc. Dr. Leon Wachholz,

kierownik zakładu sądowo-lekarskiego w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie Patrz Nr. 37).

Do czwartej grupy zaliczamy błędy, wynikające z nieostrożnego zachowania się lekarza w obec chorób zakaźnych. Takiego błędu dopuszcza się lekarz, jeżeli bez należytego odrażenia siebie, bez zmiany odzieży, spieszy od chorego n. p. na płonicę do innego chorego, cierpiącego na inną chorobę i zakaża go płonicą.

Również dopuszcza się lekarz (lub akuszerka) błędu w sztuce do tej grupy należącego, jeżeli udziela pomocy rodzącej lub położnicy, nie odraziwszy sobie należycie rąk, mimo iż poprzednio był zatrudniony przy chorej na gorączkę połogową i, wskutek tej nieogledności, przenosi zakażenie połogowe na osobę rodzącą, lub w połogu będącą. Tu się odnoszą błędy popełnione przez nieoględność w szczepieniu, a polegające na przeszczepianiu kiły wraz z limfą ochronną, z dziecięcia kiłowego na dziecię przedtem zdrowe. Nie tylko czynnie może się lekarz przyczynić do rozszerzenia zarazy, lecz także i biernie, a to mianowicie, jeżeli stwierdziwszy u chorego chorobę zakaźną nie zarządzi środków ochronnych dla otoczenia i nie zawiadomi o wybuchu zakaźnej choroby właściwej władzy politycznej. Tę ostatnią ewentualność przewidują nowoczesne ustawodawstwa i pociągają lekarza, nie stosującego się w tym względzie do przepisów sanitarnych, do odpowiedzialności karnej z § 363 i 365 austr. projektu kod. kar. i z §. 327 niem. k. k.

Zaniechania stósownego leczenia lub zabiegu, stanowiące treść piątej grupy błędów lekarskich, aczkolwiek są częste, względnie rzadko tylko bywają przedmiotem dochodzeń sądowych, a to dlatego, że, jak to słusznie zauważa Kratter, błędy te mniej się rzucają w oczy, niż błędy zasadzające się na mylnem działaniu i, że w rzadkich tylko przypadkach da się stanowczo orzec, czy zastósowanie leczenia przeszkodziłoby było złym następstwom. Najtrudniejszą bywa ocena w przypadkach chorób wewnętrznych, jeżeli spada na lekarza zarzut, jakoby niepomyślne zejście było wynikiem nie zastósowania odpowiedniej metody leczenia. W leczeniu chorób wewnętrznych nie da się postawić stałych zasad i miemożna się zbyt spierać, czy ta lub owa metoda lub lek byłyby właściwsze i, czy tem samem, zaniechanie ich zastósowania było błędem w sztuce. Trzeba przyznać że na tem polu różne, a często ze sobą sprzeczne, metody prowadzą do jednego t. j. pożądanego celu. Z tej wychodząc zasady słusznie czyni Kratter, jeżeli nie potępia za Casprem homeopatyi, obdarzonej przez Caspra epitetem „*Die grosse Unterlassungssünde*“. Homeopatya nie zaszkodziła jeszcze w sposób czynny nikomu; jedynie tylko zaszkodzić mogła i pewnie niejednokrotnie już zaszkodziła przez zaniechanie stósownego leczenia. Homeopatyi nie można *à priori* nazwać błędem w sztuce, jakkolwiek homeopata może się dopuścić błędu w sztuce. Jeżeli on bowiem usiłuje za pomocą wewnętrznego podawania misternych pigułek, zawierających proszek z wilczej jagody (*atropa beladonna*), usunąć choremu obce ciało z oka, n. p. wbity w oko opiłek żelaza tak, iż wskutek braku właściwej pomocy chory utraca oko w następstwie *panophtalmitis*, jeżeli n. p: ksiądz Kneip chce za pomocą „obergussów“ usunąć jaskrę zapalną oka i dotąd je stosuje, aż chory utraci całkowicie wzrok, to wówczas dopuszczają się oni błędów w sztuce, mimo, że ich sposoby leczenia same jako takie nie stanowią jeszcze błędu. Częściej odpowiada lekarz za błąd w sztuce, popełniony przez zaniechanie odpowiedniego zabiegu chirurgicznego. Tu należą w pierwszej linii zaniechania w kierunku anty- lub aseptycznego traktowania ran, zaniechania wykonania zabiegów ocalających życie, jak tracheotomia, herniotomia, podwiązanie przeciętych naczyń krwionośnych. Tu wreszcie zaliczyłbym zaniechanie wykonania zabiegu operacyjnego w zapaleniu wyrostka robaczkowego, choroby przerzedzającej w zastraszający sposób szyki członków klasy dobrze wyposażonej, wskutek mało uzasadnionej obawy przed nożem, a za zbyt długiem upieraniu się przy wewnętrznem lekowaniu.

Grupa szósta obejmuje błędy polegające na niesumiennem wykonaniu doświadczeń na chorych, a to nie w celu uzyskania nowej metody leczenia danej choroby, lecz n. p. w celu wykazania przyrody pewnych chorób. Doświadczenia na chorych, mające na celu przekonanie się o wartości nowej metody leczniczej, jeżeli są teoretycznie usprawiedliwione, nie tylko nie mieszczą w sobie nic zdrożnego, lecz owszem są godne uznania, gdyż bez takich doświadczeń byłby wszelki postęp niemożliwym. Przecież nikt nie poważyłby się potępić doświadczeń dokonywanych nad leczeniem chorób zakaźnych za pomocą swoistych surowic, jeżeli tylko doświadczenia te odbywają się z zachowaniem wszelkiej ostrożności i mają racyonalną podstawę. Natomiast muszą być uznane za karygodne doświadczenia, wykonywane w celu stwierdzenia zakaźności chorób, n. p. doświadczenia z przenoszeniem kiły i t. d. Casper ocenia podobnie niesumienne

doświadczenia, jako rozmyślne uszkodzenia zdrowia, t. j. karane wedle §. 229 kod. niem. więzieniem do lat 10.

Do ścisłych błędów w sztuce należy jeszcze zaliczyć zaniedbanie chorego przez ociąganie się w udzieleniu mu pomocy lekarskiej. Wedle §. 359. obecnej austryackiej ustawy karnej podlega karze lekarz, któremu będzie udowodnione, że zaniedbał chorego, przyjętego w opiekę lekarską. Ustawa więc wymaga, aby chory był przez lekarza wzięty w opiekę lekarską, a wykazanie i udowodnienie tego objęcia w opiekę jest bardzo względnem i elastycznem pojęciem. Zachodzi bowiem pytanie, czy lekarz jest obowiązany czuwać i opiekować się chorym, który ambulatoryjnie i jednorazowo zasięgał jego porady? Nie może ulegać wątpliwości, że jeżeli chory, szukający ambulatoryjnie porady lekarskiej, sam nie żąda ciągłości w opiece, nie zamawia sobie odwiedzin lekarskich, a ponosi wskutek braku pomocy szkodę na zdrowiu, nie można o nią winić lekarza. Również należy lekarzowi przyznać prawo wstrzymania się z udzielaniem pomocy choremu, o ile tylko nie zachodzi konieczność natychmiastowego wkroczenia lekarskiego, nie zagraża niebezpieczeństwo życiu chorego. W Austryi, jak to już na wstępie podniosłem, istnieje przymus wykonywania praktyki lekarskiej, o ile tylko lekarz, z jakichkolwiek przyczyn, nie zrzeka się publicznie praktyki. Natomiast w Niemczech przymus taki nie istnieje; tylko wówczas nie wolno lekarzowi w myśl brzmienia §. 360. odmawiać swej pomocy, jeżeli w przypadkach nieszczęścia lub niebezpieczeństwa zostaje do tego wezwany przez władze policyjne, a z udzielenia tej pomocy nie wynika dla niego poważne („*erheblich*“) niebezpieczeństwo.

Przedstawiwszy Panom w tak ogólnym zarysie naukę o ocenie lekarskich błędów w sztuce, raz jeszcze zaznaczyć muszę, że podałem tylko krótki szemat, zwięzłe wskazówki, mające na celu wyjaśnić i ułatwić zadanie, gdyby ono kiedyś w przyszłości było Panom poruczone. Sądzę Panowie, że będziecie się zawsze starali, w myśl tych wskazówek i na podstawie dokładnego zbadania i sumiennego przygotowania materyału danego przypadku, wydawać ocenę zgodną ze stanem nauki, z poczuciem ludzkości, a wolną od stronniczości, na korzyść lub niekorzyść obwinionego towarzysza zawodu.

II. O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi, wraz z uwagami o stósowaniu tego przetworu przeciw otyłości.

Podali

Prof. Dr. Gluziński i J. Lemberger.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Przystępując obecnie do omówienia otrzymanych wyników, nadmienić wypada, że osobnik użyty do badania w pierwszych dniach doświadczenia miał stolec półpłynny. Przypuszczając, że przyczyną tego był nadmiar mleka, zmieniliśmy odpowiednio dyetę, nie zmieniając o ile możności w późniejszych okresach stosunków pojedynczych składników (tablica I. i II.). Dnie w których ten stolec płynny miał miejsce, oznaczone są w tablicy III. znakiem *. Że wskutek tego, jak i wskutek podania tabletek, lub świeżego gruczołu tarczykowego, wyzyskanie substancyj białkowatych w przewodzie pokarmowym nie zostało upośledzone, i strata N. kałem nie przekraczała granic prawidłowych, świadczy tablica IV.

Tabl. IV. **Wyzyskanie azotu.**

Okres	Ilość dni	Przychód N. w grm.	Utrata N. stolcem w grm.	% utraty N. stolcem
1. Przeddoświadczalny .	8	179·38	17·41	9·756%
2. Doświadczalny z tabl.	7	142·49	18·0624	12·70%
3. Podoświadczalny I. .	6	126·37	13·63	10·78%
4. Doświadczalny z gruczołem świeżym .	4	71·75	6·23	8·68%
5. Podoświadczalny II. .	3	53·98	2·91	5·39%

W tablicy tej widzimy zatem następujące fakta, że wessanie substancyj białkowatych w przewodzie pokarmowym było dobre, że tyreoidyna nie wywierała wpływu w tym kierunku, że wessanie w pierwszych okresach było nieco gorsze, niż w późniejszych, jednak w granicach prawidłowych, co znajduje usprawiedliwienie w podniesionej już okoliczności, a mianowicie że z początku u badanego były stolce półpłynne. To nieco gorsze wessanie w początkach badania wyrównane jest w naszem doświadczeniu przez to, że w początkach badania, jak to widać z tablicy III., podawaliśmy dziennie ilości N. trochę większe (19·51—22·15), w ostatnich zaś okresach nieco mniejsze (17·51—18·06). Ilości zatem N, które do ustroju wchodziły, były z dnia na dzień prawie równe.

Po tej uwadze możemy obecnie ocenić wyniki doświadczenia, ze względu na wpływ tyreoidyny na wymianę substancyj azotowych. Uczynimy to porównując przychód z rozchodem N. w pojedynczych okresach doświadczalnych, czyli zestawiając bilans ogólny N, co przedstawia tablica V.

Tabl. V. na str. 507.

Zatem w okresie I. (przeddoświadczalnym) doprowadziliśmy badanego do równowagi azotowej; okres ten wykazuje bilans N. dodatni (+ 1·38 dziennie), co świadczy, że i ilość substancyj białkowatych, i ilość ciepłotek była dostateczną, a badany (mimo wolnych stolców) zyskał na wadze 600 grm.

W okresie II., wśród 7-miodniowego podawania tabletek, otrzymaliśmy również bilans N. dodatni, jednak już trzy razy mniejszy aniżeli w I. okresie, gdyż tylko + 0·52 dziennie; waga ciała spadła o 400 grm.

Nie da się zatem zaprzeczyć wpływu tabletek tyreoidyny na substancye azotowe; wobec jednak dodatniego bilansu N, jakkolwiek bardzo małego, musimy powiedzieć, że ustrój badanego swoje substancye białkowate zatrzymał, a na zmniejszenie wagi mogła wpłynąć tylko utrata tłuszczów lub wody. Okres III. (pierwszy podoświadczalny) przekonywa nas, że zaprzestanie podawania tabletek odbiło się podniesieniem wagi o 200 grm. i większym dodatnim bilansem N, gdyż + 2·10 N. dziennie. Do tego punktu zatem doświadczenie nasze jest zgodne w zasadzie z doświadczeniami Scholza i Richtera, gdyż tak w ich, jak w naszem doświadczeniu utrzymał się dodatni bilans N. w okresie podawania tabletek z gruczołu tarczykowego, jednak tak u nich, jak i u nas bilans ten niższy, niż w okresie przed — i podoświadczalnym; w naszem doświadczeniu wystąpiło to jeszcze wyraźniej, boś-

my też dłużej tabletki podawali (nie 4, tylko 7 dni), czyli musimy powiedzieć, że tyreoidyna i u ludzi zdrowych wywiera wpływ na przyspieszenie rozkładu substancyj białkowatych i, że wpływ ten z przedłużaniem podawania tabletek rośnie. Że ten wpływ może być poważny, widzimy z następnego okresu, w którym dla porównania działania podaliśmy świeży gruczoł tarczykowy cielęcy w dawce, odpowiadającej dawce w tabletkach.

Okres ten doświadczalny trwał zaledwie dni 4, a już wystarczył, by waga spadła o 600 grm. i co najważniejsza, by wystąpił ujemny bilans azotu i to wynoszący dziennie — 1·48 N. Ustrój zatem tracił w tym okresie nie tylko tłuszcze, lub wodę, ale i swoje tkaniny protoplasmatyczne.

Tabl. V. **Zestawienie bilansu N. w pojedynczych okresach (w gramach):**

Okres	Ilość dni	N. w przychodzie	N. w rozchodzie	N. bilansu z całego okresu	Bilans N.	Różnica wagi ciała w poszczególnych okresach
1. Przeddoświadczalny (19. Lutego do 26. Lutego) . .	7	153·31	146·67	+ 9·67	+ 1·38	+ 600 grm.
2. Doświadczalny w tabl. (27. Lutego do 4. Marca) . . .	7	142·49	138 84	+ 3·65	+ 0 52	— 400 „
3. Podoświadczalny I. (5. Marca do 10. Marca) . . .	6	126·37	113.74	+ 12 63	+ 2·10	— 400 „
4. Doświadczalny ze świeżym grucz. (11. Marca do 14. Marca) . .	4	71·75	77·69	— 5·94	— 1·48	— 600 „
5. Podoświadczalny II. (15. Marca do 17. Marca) . .	3	53·98	54·28	— 0·30	— 0·10	— 1000 „

Nadto widzimy, że wpływ ten nie ustaje z chwilą zaprzestania podawania świeżej substancyi gruczołu tarczykowego, ale z liczb i ostatniego okresu, trwającego dni trzy, w którym nie podawaliśmy tego przetworu wypada, że przez cały ten czas wpływ się utrzymywał, waga ciała spadała dalej, a bilans azotu również był ujemny, jakkolwiek mniejszy, niż w poprzednim okresie, bo tylko — 0·10 N. To trwanie działania nawet i po zaprzestaniu podawania widać również i przy stósowaniu tabletek, jak to wynika z liczb tabl. III, a mianowicie w dniach doświadczalnych 5. i 6. Marca.

Spostrzeżenie to nasze zgadza się z spostrzeżeniem Bleibtreua i Wendelstadta.

To są wyniki naszego doświadczenia, wyniki nie obojętne dla poruszonej sprawy, — a jak zobaczymy godzące obydwa przeciwne obozy. Ogólny wynik naszego doświadczenia jest zatem następujący:

U człowieka zdrowego, przy podawaniu dostatecznej ilości ciepłotek, gdyż waga badanego wzrosła o 600 grm. tabletki tyreoidyny, podawane przez 7 dni, sprowadziły zmniejszenie wagi o 400 grm., przy utrzymaniu dodatniego bilansu N. Bilans ten jednak z każdym dniem podawania tego przetworu pogarszał się tak, że usprawiedliwione jest przypuszczenie, że przy dłuższem podawaniu przeszedłby w ujemny. Że bilans ten przez czas podawania tabletek nie przeszedł w ujemny, a zaznaczył tylko do tego skłonność, przyczyna leży w osłabieniu działania właściwej substancyi gruczołu tarczykowego przez sztuczne przyrządzanie przetworu (tabletek), a zapewne i w nieświeżym ich stanie; świeży bowiem gruczoł działa nieporównanie silniej, sprowadza większy rozkład, szybką utratę wagi, ale w rozkładzie tym biorą udział i substancye białkowate ustroju. Nasz badany, biorąctylko przez 4 dni świeży gruczoł i tracąc 1000 grm. na wadze, wykazał w tym czasie w ogólnym bilansie — 6·24 N. = 40 grm. substancyj białkowatych = 200 grm. tkanki mięsnej, czyli $^1/_5$ utraty swej wagi pokrył tkanką mięsną. Fakt to znaczący, bo świadczy, że świeża substancya działa silnie rozkładająco na ciała białkowate, że działanie tej substancyi czy to skutkiem przyrządzania, czy to z biegiem czasu, (leżenie dłuższe tabletek), słabnie. Szczegół ten jest ważnym i dlatego, że w doświadczeniach tylko krótki czas prowadzonych, przy użyciu sztucznych przetworów, można otrzymać albo wynik niewyraźny, albo też różny, jeżeli się działa preparatami nierównej siły, n. p. świeżymi i starszymi.

Tą okolicznością możnaby sobie też wytłómaczyć, dlaczego Scholz nie uzyskał prawie straty wagi u swego badanego. Bądź jak bądź możemy powiedzieć, żę nawet w przetworach sztucznych substancya gruczołu tarczykowego podana przez czas dłuższy, przyczynia się do szybszego rozkładu substancyj białkowatych.

Wracając obecnie do uwag umieszczonych na początku naszego artykułu, zapytać się należy, jakie wskazówki z naszych spostrzeżeń dadzą się wyciągnąć dla stósowania tyreoidyny przeciw otyłości?

Bezpośrednio nie możemy wprawdzie wyników otrzymanych przenieść, bo doświadczaliśmy (w braku innego) na człowieku zdrowym, nie otyłym, z prawidłową energią komórek ustroju. Uwzględniając jednak zgodność do pewnego stopnia naszych wyników z wynikami Bleibtreua i Wendelstadta, którzy przeprowadzali doświadczenia na człowieku otyłym, uwzględniając, że przeciw otyłości podajemy ten przetwór przez dłuższy czas (bo kilka tygodni), słuszną jest rzeczą, by w każdym przypadku otyłości, jeżeli już do tyreoidyny się uciekamy, mieć zwróconą baczną uwagę nietylko na przypady sercowe, lecz również i na tę okoliczność, czy leczony nie traci zbyt swych protoplasmatycznych tkanin.

W praktycznem życiu trudno uciekać się w tym celu do zestawiania bilansu przychodów i rozchodów leczonego orga-

nizmu; możliwe to niekiedy w klinikach, natomiast wprost niemożliwe w praktyce prywatnej.

Nie pozostaje nam nic innego, jak bacznie kierować się podmiotowemi uczuciami, zwłaszcza uczuciem osłabienia mięśniowego, a nie do odrzucenia, w braku lepszego sposobu, jest sposób podany przez Kischa [18]) przy stósowaniu dyetetycznych metod odtłuszczenia ustroju, t. j., by dynamometrem Colina kontrolować siłę układu mięśniowego i przerwać leczenie, jeżeli nastaje spadek siły; świadczyć to bowiem będzie o ujemnym wpływie na protoplasmatyczne tkaniny, a tego należy nam stale unikać.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Rana przeszywająca powłoki brzuszne z wypadnięciem trzewów.

Podał

Dr. A. Dobrowolski z Głogowa.

Dnia 2. Sierpnia b. r. przywieziono do mnie ze wsi, odległej o $1^1/_2$ mili, 5-letnią dziewczynę z raną przeszywającą powłoki brzuszne i następowem wypadnięciem jelit, — a wywiady wykazały, że powodem tego przypadku było rozcięcie brzucha kawałkiem szkła.

Stan ogólny: Dziecko licho odżywione, wargi sine, oddechanie powierzchowne i rzadkie, tętno 55, tony serca głuche, ciepłota 35·2, — zapad.

Obejrzenie wykazuje: 3 cm. nad pępkiem rana $1^1/_2$ cm. długa, o brzegach poszarpanych, przez którą wydobył się na zewnątrz odcinek jelita cienkiego, wraz z siecią. Żadne z naczyń brzusznych nie naruszone. Barwa rozdętego jelita ciemno-wiśniowa, a samo jelito przy otworze rany skręcone. Po antyseptycznem opatrzeniu rany i jelita i jego odkręceniu, włożyłem w całości jelito do jamy brzusznej, a kawałek sieci odciąłem; brzegi rany obrąbiłem, zespoiłem katgutem i założyłem opatrunek jodoformowy.

Wezwany na 6-ty dzień zastałem dziecko w jak najlepszym stanie, albowiem prócz małej bolesności w okolicy rany, nie stwierdziłem żadnych przypadłości, ani ze strony otrzewny, ani jelit; kał i mocz dziecko bezboleśnie i regularnie oddaje; rana powłok brzusznych zupełnie zarośnięta. Wobec tego pomyślnego stanu wyjąłem szwy i, poleciwszy dziecko należytej uwadze, — wypuściłem je z dalszej opieki lekarskiej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych przez Dra Wł. Biegańskiego z dodatkiem **Chorób górnego odcinka dróg oddechowych** przez Dra A. Sokołowskiego. Warszawa 1896, wydanie II. str. 898. (cena 5 rs.).

Jakkolwiek dzieło to wyszło z druku z początkiem tego roku, Redakcya *Przeglądu lekarskiego*, z powodów od siebie niezależnych, jest w stanie dziś dopiero podać sprawozdanie z niego, oraz zachęcić wszystkich swoich czytelników do zaznajomienia się z tą wspólną pracą znanych oddawna i cenionych autorów.

O ile wydanie I-sze z roku 1891. (dawno już wyczerpane), napisane przez samego tylko Dra Biegańskiego, zasługiwało w zupełności na gorące poparcie i szczere uznanie i to, nietylko jako utwór polskiego autora, pracującego w trudnych warunkach prowincyonalnych, ale i dla swojej prawdziwej wartości naukowej, a wydanie II-go nakładu w tak krótkim czasie stwierdza aż nadto to uznanie w powodzeniu księgarskiem, to wydanie II-gie znacznie rozszerzone (I. wydanie 585 str., II. 898 str.) i uzupełnione nowemi spostrzeżeniami, wyczerpuje doskonale całą dyagnostykę i stawia to dzieło na równi z najlepszymi podręcznikami niemieckimi, do których młodzież nasza lekarska nie jest już zmuszoną uciekać się, mając podręcznik zaspakajający wszystkie wymagania.

Dział pierwszy, traktujący o chorobach nosa, gardzieli, krtani, tchawicy i jamy ustnej, jest świeżo napisany przez Dra Sokołowskiego i część ta bardzo szczegółowo została opracowana. Nie pominął autor najmniejszej drobnostki, żadnego szczególiku, ułatwiającego rozpoznanie chorób górnej części dróg oddechowych; to też na tych 125 stronicach jest wszystko przytoczone i uwzględnione, zwięźle i jasno, co dla dyagnozy jest niezbędnem.

Kto zna autora z innych jego prac z tego zakresu medycyny, ten wie, że on nie tylko doskonale panuje nad całym przedmiotem, ale i sam się przyczynił do wyjaśnienia niektórych spraw chorobowych; to też i w tej pracy widać samodzielność, gruntowność i wyczerpanie całego przedmiotu. Rysunki objaśniające tekst są staranne i wyraźnie wykończone, za to pod względem języka są pewne braki, które, jak sądzę, dałyby się uniknąć w następnych wydaniach, tembardziej, że zgodziwszy się raz na jedno słownictwo lekarskie, jakie w układanym już wspólnie słowniku lekarskim znajdzie sankcyę wszystkich, unikniemy używania wyrazów: syfilisu, dyfterytu, infiltratu i t. p.

Dział drugi i następne są już dziełem pracy Dra Biegańskiego, który w I-szym wydaniu sam ponosił cały trud, a obecnie działy te znacznie rozszerzył i uzupełnił. Tak choroby oskrzeli jak i płuc są bardzo szczegółowo opracowane, a zwłaszcza wszystko co się tyczy suchot płucnych i zapalenia płuc gruźliczego drobiazgowo zostało obrobione; każdy objaw należycie uwzględniony i wyjaśniony, przyczem autor przechodzi dla łatwiejszego zrozumienia różnic dyagnostycznych ważniejsze szczegóły z zakresu auskultacyi i perkusyi. W II-giem wydaniu przy chorobach opłucnej są opracowane i choroby śródpiersia, a w części 4-tej dołączone i choroby przełyku, które autor z nieznanych powodów pominął wcale w I-szem wydaniu. Jako osobny rozdział figuruje duszność i dychawica (od str. 210—225), które dałyby się przy innych sprawach chorobowych omówić, ale dla łatwiejszego zrozumienia traktowane są osobno i bardzo szczegółowo. W chorobach serca uwzględnia autor nowsze badania etyologiczne, zwłaszcza w zapaleniu wsierdzia, a o ile zmiany w sercu są dość obszernie opracowane, to *aplasii* naczyń, dość zresztą częstej, autor poświęca zaledwie kilkanaście wierszy z wielką szkodą dla czytelników. Za to znajdujemy w II-giem wydaniu rozdział traktujący o nerwicach serca, w którym Dr. B. szeroko zajmuje się dusznicą bolesną prawdziwą i wrzekomą, niemniej jednak i innemi zboczeniami w przebiegu tych nerwic, nie zapominając i o chorobie Adama Stokesa i niedomodze serca, tak często spotykanej w naszych czasach. Że autor, przy tak licznych przytoczeniach z obcej literatury i uwzględnieniu prac prawie wszystkich autorów, nie wspomniał o pracy profesora Gluzińskiego, pomieszczonej w *Przeglądzie lekarskim* w roku 1894. (str. 698 i dalsze), to tylko na karb przeoczenia położyć można.

Choroby przełyku i żołądka również obszernie są traktowane, a w podziale chorób żołądkowych trzyma się Dr. B. słusznie przyjętego przez prof. Jaworskiego i szkołę krakowską zapatrywania.

W dalszych działach, omawiających choroby wątroby, śledziony, nerek i otrzewny, nie pominął żadnego objawu, żadnego spostrzeżenia, jakie w nowszych czasach porobiono i starał się wszystko przytoczyć, co tylko może ułatwić rozpoznanie choroby. Że przy chorobach nerek przemawia przeciwko tak częstemu rozpoznawaniu nerki wędrującej, to zdaje

---

[18]) Die Fethleibigkeit. Stuttgart, 1888.

się być zupełnie słusznem, bo istotnie za wiele pod tym względem mają lekarze fantazyi i byle jakiś podejrzany objaw, już rozpoznają nerkę wędrującą, a przecież sekcye patologiczne tak rzadko takowe znajdują.

W dziale chorób zakaźnych pomieścił autor wszystkie choroby, których przyczyna tkwi w swoistych prątkach, już to wykrytych, już to prawdopodobnie w niedługim czasie mających się jeszcze wykryć, i pięknie uwydatnił różnice w chorobach zakaźnych, posiadających tyle wspólnych cech, że nieraz nastręczają wielkie trudności w ich należytem odróżnianiu.

Że dla wygody lekarzy praktycznych rozróżnia Dr. B. gorączki durowe i jeszcze dzieli je na gorączki gastryczne, nieżytowe i gośćcowe, nie zdaje mi się to być praktycznem, a tem mniej ściśle naukowem, bo takich podziałów, jak sam zresztą autor przyznaje, nauka nie uwzględnia, a i tak lekarze praktyczni, dla niestraszenia rodziny chorego, często przy najwyraźniejszych postaciach duru lub osutek złośliwych, posługują się byle jaką nazwą dla ukrycia istotnego rozpoznania, groźnego już przez swoją nazwę. Dla mniej zaś ścisłych lekarzy jest to dobra furtka rozpoznawcza, bo lekarz taki, nie umiejąc lub nie zadając sobie trudu w rozpoznaniu choroby, wszystko, co będzie dla niego nie jasnem, będzie odnosił bądź do gorączki gastrycznej, choć jest wyraźny dur brzuszny lub coś podobnego, bądź też do gorączki nieżytowej, kiedy dla drugiego będą wyraźne objawy początkującej gruźlicy płuc. Sankcyonowanie więc takich podziałów w książce, trzymanej na naukowej wyżynie i rachującej się na każdym kroku ze ścisłą nauką, nie powinno mieć miejsca.

Dział następny traktuje o chorobach ogólnych niezakaźnych, a przedewszystkiem choroby krwi, zaburzenia w przemianie materyi i zaburzenia odżywcze, a te pierwsze poprzedzone są może zbyt krótkim opisem badania krwi. Że i tutaj cechującą zaletą autora jest jasność wykładu, łatwy styl i możliwa zwięzłość w przedstawieniu nieraz zawiłych kwestyj bez szkody dla zrozumienia rzeczy, to już podnosiłem i w poprzednich działach.

Toż samo mogę powiedzieć o ostatniej części IV-tej, która zawiera choroby mózgu, opon, rdzenia i nerwów obwodowych wraz z nerwicami, a bardzo dobre zestawienie porażeń wszystkich najważniejszych nerwów, oraz dołączenie tablicy synoptycznej najważniejszych nerwobolów, ułatwi rozpoznanie niejednemu z lekarzy lub uczących się, nie tylko ważniejszych porażeń, ale i innych drobiazgów rozpoznawczych, których niepodobna mieć zawsze w pamięci.

Że są pewne językowe błędy, że zdarzają się niektóre niezrozumiałe, może dla nas, wyrażenia (n. p. na str. 248: „ulega t. zw. woskowemu przerodzeniu, t. j. pewnej odmianie zwyrodnienia tłuszczowego“), to już nie tylko można kłaść na karb autora, ale winić tu należy i brak jednostajności w naszem słownictwie lekarskiem, który między Warszawą a Krakowem znaczną wykazuje różnice.

Na jedno jeszcze pozwolę sobie zwrócić uwagę wydawnictwa, że dla uczących się byłoby znacznie wygodniej, gdyby pojedyncze ustępy były odznaczone podaniem krótkiej treści z boku tekstu, a interlinie były znaczniejsze, n. p. jak to jest w dyagnostyce Leubego, bo to ułatwia przegląd dzieła i pozwala rychlej znaleść to, czego się szuka.

Kończąc to sprawozdanie, nie mogę nie wyrazić szczerego podziękowania autorowi, że naszą literaturę wzbogacił tak gruntownie opracowanym podręcznikiem, bez którego nasza młodzież ze szkodą dla siebie musiała się dotąd obchodzić, a niemniej i Wydawnictwu *Gazety lekarskiej*, które umie wynaleźć dzielnych pracowników, a swoim starannym nakładem ułatwia im zadanie. Dzieło takie, które zaledwie te braki posiada, jakie w ocenie podniosłem, może z pewnością liczyć i na dalsze powodzenie i uznanie tych wszystkich, którzy zachęceni niniejszą oceną, nabędą sobie ten podręcznik

Dr. J. Surzycki.

Ciemne promienie światła i Röntgenowskie. Napisał Zygmunt Korosteński. Lwów, 1896.

Od kilku już miesięcy znajduje się w handlu księgarskim książka w formacie 16-ki wydana, 160 stron druku zawierająca, a powyższym nagłówkiem zaopatrzona. Rzecz, którą się autor w niej zajmuje, stanowi przedmiot silnego zainteresowania dla każdego człowieka wykształconego.

Autor uważa swą rozprawę „o ciemnych promieniach światła“, po części jako teoretyczną, a po części jako informacyjną, praktyczną. Z tych więc dwu punktów widzenia rozpatrywać ją należy.

Rozprawa p. K. poucza nas w rozdziale pierwszym o ciemnych, oraz widocznych promieniach widma, w związku z teoryą promieniowania. W dalszych rozdziałach znajdujemy informacye co do promieniowania w rurkach Crookesa, światła Geislerowskiego, fluorescencyi i fosforescencyi, w związku ze światłem katodalnem i ultrafioletowem, o promieniach Röntgena, o teoryach objaśniających powstawanie, znaczenie tych promieni, oraz ich zastósowanie w praktyce.

Jako praca teoretyczna daje nam rozprawa p. K. myśli nowe i oryginalne. Te nowe i oryginalne myśli są oznaczone na marginesach książki znaczkiem *n*.

Być może, iż pierwsze spostrzeżenia p. K. kryją w sobie i wielkie nawet odkrycia, lecz zdaje się, iż wielokrotnego jeszcze powtórzenia, oraz ścisłego sprawdzenia — wymagają. Szersza publiczność korzyści z nich wyciągnąć nie potrafi. Śmiałe zaś hipotezy naukowe, na tle których rozwija p. K. swoje, dla szerszej publiczności przeznaczone informacye, — mogły by być z korzyścią pominięte.

Dla przykładu przytoczę hipotezę następującą, która nie tylko dla czytelnika przeciętnego, ale i dla specyalistów w dziedzinie chemii i fizyki jest niedostępną:

„Nasza hipoteza takiego 4-go stanu skupienia przyznałaby temu stanowi następujące cechy: *a)* atomistyczne rozbicie materyi — i, prawdopodobnie przestrzenne, — nie zaś chemiczne — zułamkowanie chemicznie niepodzielnych atomów. . .“ (str. 26).

Przy tej sposobności wspomnę, iż w zeszycie V. i VI. *Kosmosu* z r. b. znajdujemy krótki, treściwy, przystępny, a zajmujący artykuł J. Zakrzewskiego: „O promieniach Röntgena“. — *n.*

V. Wyciągi.

Loewy i Richter: **Badania doświadczalne leczniczego znaczenia gorączki.** (*Virchow's Arhkiv.* 1896. T. 145. Zesz. 1. str. 49). Skrajnym wyrazem reakcyi przeciw dawnym zapatrywaniom, uznającym gorączkę za pewien rodzaj celowej obrony ustroju przeciw chorobie, była teorya Liebermeistra. Jak wiadomo, sądził on, że główne niebezpieczeństwo gorączki tkwi w przegrzaniu ustroju, w szkodliwym wpływie samegoż podniesienia ciepłoty. Z chwilą, kiedy nowsze badania dowiodły błędności tego zdania, kiedy się przekonano, że gorączka, jako taka, z reguły nie jest dla ustroju niebezpieczną, dawne zapatrywania, acz w zmienionej postaci, odzyskały znowu poczęści swoje prawa. Ażeby zbadać, o ile one są uzasadnione, nie wystarcza posługiwać się w doświadczeniu zewnętrznem ogrzewaniem zwierząt ponad prawidłową ciepłotę; wówczas bowiem cały ustrój oddziałuje na podwyższenie ciepłoty zupełnie inaczej, niż wtedy, kiedy jest ono wynikiem przyczyn wewnętrznych. Ustrój zwierząt, zamkniętych w termostacie, broni się wszystkimi środkami regulującymi, jakie posiada, przeciw podwyższeniu ciepłoty ciała; ustrój zwierzęcia gorączkującego, sam do niego przeciwnie zmierza. Naczynia obwodowe w obu przypadkach zachowują się wręcz przeciwnie i przeciwnie układa się wówczas rozdział ciepła między narządy wewnętrzne a powierzchnię zewnętrzną ciała. Do badania wpływu gorączki na ustrój nie nadają się również wstrzykiwania hodowli drobno-

ustrojów i ich jadów; wówczas bowiem niepodobna odróżnić skutków gorączki samej, od skutków działania jadów drobnoustrojowych. Jedynym środkiem, którym w doświadczeniach takich można się posługiwać, jest zadrażnienie ośrodków ciepłoty przez nakłucie odpowiedniej okolicy ciała prążkowanego. Tego też sposobu wywołania ściśle aseptycznej gorączki używali autorowie. Nie jest on jednak łatwy, nieraz zawodzi i stąd z 62 doświadczeń zdołali autorowie ledwo 39 odpowiednio przeprowadzić i do wniosków zużytkować.

Króliki, u których przez bezpośrednie takie podrażnienie ośrodka ciepłoty powstała gorączka, zakażali autorowie kilku rodzajami drobnoustrojów. Dla porównania zakażano taką samą dawką hodowli tegosamego gatunku, królika prawidłowego, wagą, wiekiem i t. p. do gorączkującego zbliżonego. Do prób używano: 1) drobnoustrojów, wywołujących zakażenie ogólne i to *a*) takich, których jadowitość już pod wpływem tych stopni gorączki, jakie w opisany sposób dadzą się wywołać, ulega zmianie (*pneumococcus*), *b*) takich, na których jadowitość ciepłota 41—42° wpływu nie wywiera („cholera kur“), 2) drobnoustrojów, wywołujących przedewszystkiem zakażenie miejscowe („róża świń“), 3) jadu błonicowego. Okazało się z tych doświadczeń, że wogóle uzyskane we wspomniany sposób podwyższenie ciepłoty wpływa na zejście zakażeń korzystnie. Żadne ze zwierząt, u których wywołano gorączkę przez nakłucia ciała prążkowanego, nie zginęło wcześniej od zwierząt kontrolujących. Natomiast prawie wszystkie pierwszej grupy żyły dłużej od drugiej grupy; a niektóre z nich wogóle przeżyły zakażenie, dla zwierząt kontrolujących bezwzględnie śmiertelne, i wyzdrowiały w zupełności. W szczególności na 6 udatnych doświadczeń z „pneumokokkami“ wyzdrowiało 2 zwierząt; 4 pozostałe ginęły w kilkanaście godzin do 3 dni później, niż zwierzęta kontrolujące. U obu zwierząt ocalonych przebieg ciepłoty był uderzająco podobny do charakterystycznego przebiegu ciepłoty w przypadkach zapalenia włóknikowego płuc u ludzi. Po siedmiodniowej gorączce następował bowiem u nich krytyczny spadek ciepłoty. Z zakażonych cholera kur królików nie wyzdrowiał żaden; jednakże przy użyciu nawet tysiąckrotnie śmiertelnej dawki żyły one o 14—27 godzin dłużej od zwierząt kontrolujących. Z różą świń powiodły się 4 próby; w trzech króliki zginęły o 3 dni później od kontrolujących; w jednej zwierzę wyzdrowiało. Zatrucie jadem błoniczym przeżył jeden królik; dwa zginęły o 24 godz., jeden o 3 dni później, niż zwierzę kontrolujące. Wogóle zatem zwierzęta gorączkujące są względem niektórych zakażeń i zatruć jadami drobnoustrojowymi odporniejsze, a nawet czasem zdołają z nich wyzdrowieć; inaczej mówiąc: podwyższenie ciepłoty z przyczyn wewnętrznych może wywrzeć wpływ leczniczy. Jak się zdaje, dzieje się to w sposób rozmaity, i tak prawdopodobnie jadowitość pneumokokków i wpływ trujący jadu błoniczego osłabiają się przez samo działanie wyższej ciepłoty; natomiast w zakażeniu cholerą kur i różą świń rolę ochronną zdaje się odgrywać zmiana chemizmu krwi, mianowicie wzrost jej zasadowości, który jak autorowie za Foderem przyjmują, ma wzmacniać odporność ustroju, a który zdaje się być wynikiem nie samejże gorączki, ale raczej zakażenia. Autorowie, uważając gorączkę za rodzaj zbawiennej samoobrony ustroju, zastrzegają się jednak, że w wielu razach jest ona za słabą i leczniczy wpływ jej zawieść może, w innych, gdy jest za silną, działanie jej osłabić należy. *Ciechanowski.*

Jolly: **O obliczaniu rozmaitych rodzajów ciałek białych krwi.** (*Archives de méd. exper. et d'anat. path.*, 1896. Nr. 4). Na podstawie skrupulatnych badań porównawczych przekonał się autor, że: 1) Jedynie badanie preparatów barwionych z krwi, starannie ustalonych i zawsze jednym sposobem przygotowywanych, może dać wyniki dokładne przy obliczaniu stósunku rozmaitych rodzajów leukocytów. 2) Badanie „na oko“, bez obliczania ilościowego, nie pozwala ocenić, czy pewien rodzaj leukocytów jest obficiej, lub mniej obficie, niż prawidłowo, we krwi zawarty; wyjątek stanowi znaczne wzmożenie się ilościowe tego rodzaju, który we krwi prawidłowej jest nieliczny. 3) Chcąc ocenić stósunek ilościowy leukocytów jedno- do wielojądrzastych dostatecznie ściśle, należy obliczenie oprzeć conajmniej na 300 ciałkach białych; jeżeli zaś pragnie się jeszcze ocenić stosunek ciałek jednojądrzastych dużych do małych, cyfra badanych ciałek białych musi wynosić najmniej 400. Tylko w takim razie wyniki są zbliżone do prawdy, a błąd popełniony nie przekracza 4%. 4) W obliczaniu należy uwzględnić błąd powstający przez to, że leukocyty wogóle, a wielojądrzaste szczególniej, układają się w preparatach liczniej i gęściej na obwodzie, niż w środku. *Ciechanowski.*

Arnold: **Przyczynek do morfologii i biologii czerwonych ciałek krwi.** (*Virchow's Archiv.* Tom 145. Zeszyt I. 1896). W czerwonych ciałkach krwi powstają pod wpływem roczczynów jodku potasu pewne zmiany postaciowe (porówn. streszczenie w Nrze 23 str. 320 *Przeglądu lek.*), na zasadzie których należy przypuścić, że ciałka czerwone posiadają budowę bardziej złożoną, niż dotychczas sądzono. Badając takie zmienione ciałka za pomocą rozmaitych odczynów barwikowych, dochodzi się do wniosku, że we wnętrzu ciałek czerwonych, znajduje się drobnoziarnista istota, będąca pozostałością dawnego jądra, którą nazwać można „jądrowatą“ (*nucleoid*). Rozmaite jej zachowanie się wobec barwików, zmiana jej składu i rozciągłość zależy od okresu przemiany, w jakiej właśnie dawne jądro komórkowe się znajduje. Tę istotę *nucleoid* otacza szersza lub węższa warstwa paraplasmy, zawierająca wśród nitkowatego rusztowania, oprócz hemoglobiny, szklisto-ziarnistą masę. Oba te składniki t. j. nukleoid i paraplasma nie są od siebie ściśle odgraniczone, a w dojrzałych ciałkach czerwonych są może nawet dość ściśle ze sobą zmięszane. Zarówno sama istota jądrowata, jak i taka jej mięszanina z paraplasmą może w pewnych okolicznościach wydzielać się z ciałka czerwonego na zewnątrz, jak właśnie świadczą spostrzeżenia autora. Stwierdzenie tych szczegółów rzuca nowe światło na pochodzenie płytek krwi (ciał Bizzozera). W płytkach krwi wykazano nukleoalbumin i na tej zasadzie wnoszono, że pochodzą one z jąder ciałek białych. Być może, że tak się w pewnych przypadkach istotnie dzieje; jednakże zgodność składu, postaci i odczynów barwikowych, wydostających się z ciałek czerwonych cząstek nukleoidu, z takiemiż własnościami płytek krwi, przemawia za tem, że część przynajmniej tych ostatnich pochodzi z ciałek czerwonych.

W przypisku stwierdza autor zgodność wyników swoich badań z wynikami wydanych tymczasem prac Israela i Pappenheima. *Ciech.*

A. Eulenburg: **Kule w mozgu, ich odszukanie, oraz wykazanie miejsca ich uwięzgnięcia za pomocą promieni Röntgenowskich.** (*Deut. med. Wochenschrift*, Nr. 33. 13, Sierpnia 1896 r.). Dwa przypadki, które E. opisuje, dosadnie świadczą, że promienie Röntgena mogą oddać wielkie usługi w rozpoznawaniu cierpień układu nerwowego ośrodkowego, wywołanych przez ciała obce. W jednym z opisanych przypadków, w którym chory i lekarz nie wiedzieli czy kula jest w mózgu (wzgl. w czaszce), promienie katodowe na dwóch fotografiach wykazały siedzibę kuli. Trzydziestotrzyletni mężczyzna usiłował przed 10 laty wystrzałem z rewolweru odebrać sobie życie. Kula przebiła kość skalistą prawą. Utrata przytomności, nieznaczne wysadzenie gałek ocznych po stronie prawej, i objawy ucisku mózgowego ustąpiły po 10 dniach tak, że znów mógł oddawać się lekkim zajęciom. Tylko od czasu do czasu występujące silne bóle głowy, wybuch szału, dla którego chory przebywał w zakładzie przez 5 lat, nasunęły nareszcie pytanie, czy kula

nie została w mózgu? a w takim razie gdzie się znajduje? Prof. Buka w Berlinie zrobił dwa zdjęcia fotograficzne za pomocą *x* promieni, z których wynikło, że kula znajduje się w czaszce blisko oczodołu prawego. W drugim przypadku rozpoznanie było łatwiejsze, a przynajmniej można było przypuszczać, że kula znajduje się w czaszce i oznaczyć którędy przechodziła. Ale trudno było powiedzieć gdzie kula tkwi po kilku tygodniach, tem mniej, że objawy mózgowe, prócz letkiego niedowładu kończyny dolnej lewej, prawie ustąpiły. I tu fotografie Röntgenowskie wykazały więcej niżeli w przybliżeniu miejsce uwięzgnięcia. Do artykułu tego dodane są odwzorowania fotograficzne, które jakkolwiek nie są tak wyraźne, jak fotografie oryginalne, są jednak wcale udatne. *Dr. Hirsch.*

Berger: **Sposób stosowania „eukainy".** *(Therapeutische Monatsch.* Nr. 7, 1896). W okulistyce nadaje się najlepiej stosować nie silniejszy nad 2% roztwór eukainy. Ponieważ jednak i ten stopień rozczynu chorzy odczuwają jako lekkie pieczenie w oczach, przeto radzi Berger *(Revue de thérapeutique* Nr. 12), by najprzód zapuścić do oka jedną kroplę rozczynu 1% eukainy, i dopiero po dwóch lub trzech minutach znów wkroplić jedną kroplę 2% rozczynu. Jednoprocentowy rozczyn zupełnie nie zadraźnia, a tem samem wystarcza, by po jego zastosowaniu tak osłabić wrażliwość, że następowe wkraplanie 2% rozczynu już żadnych boleści nie sprawia. Berger zaleca nadto kombinacyę eukainy z kokainą, według następującego wzoru:

Eucaini hydrochlorici
Cocaini hydrochlorici āā 0·2 *)
Aquae destilatae 20·0

Przy tej kombinacyi działanie kokainy na źrenicę i na akomodacyę staje się w połowie złagodzonem.
Dr. Adam Dobrowolski.

G. Smirnów: **Sztuczne wytworzenie antytoksyny błoniczej.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27, 1896). Już w poprzednich dwu latach wykazał autor, że antytoksynę błonicza można otrzymać przez działanie elektrolityczne na jad błoniczy, otrzymany z kultur bulionowych i surowiczych. Autor w swej pracy ogłasza szereg doświadczeń, które umożliwiły mu w 24 godzinach wytworzyć antytoksynę o dość znacznej wartości leczniczej, próbowaną dotychczas tylko na zwierzętach. Smirnów nie przypisuje prądowi elektrycznemu jakiegokolwiek swoistego działania, lecz wpływ jego chemiczny wywołuje szybkie utlenianie toksyn, przyczem wytwarzają się antytoksyny. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Heubner: **Doświadczenia z podawaniem przetworów gruczołu tarczykowego w krzywicy.** (*Berliner klin. Wochenschrift.* Nr. 31). Z pomiędzy licznych środków, stosowanych w krzywicy, fosfor zyskał sobie stosunkowo najwięcej zwolenników. Wprawdzie ocenienie przedmiotowe postępów leczenia w danym przypadku jest nader trudne, boć trudno jest lekarzowi stwierdzić, o ile kostnienie lepiej się odbywa przy podawaniu fosforu, niżeli bez niego, atoli kierując się ogólnem wejrzeniem chorego, zachowaniem się ciemienia i kości długich, znaczna część pedyatrów doszła do przekonania, że fosfor w krzywicy jest skuteczny. Lecz te dodatnie wyniki leczenia krzywicy fosforem osiągnąć można tylko u chorych, leczonych nim ambulatoryjnie, gdyż leczenie w szpitalach, w miejscach zamkniętych, nieraz w złych warunkach higienicznych, bez tej opieki, którą stwarza dom i matka, zwykle niebywają świetne; niemal wszystkie środki lecznicze zawodzą, a Heubner otwarcie przyznaje, że skutki leczenia krzywicy w jego oddziale w Charité są bardzo złe. Te właśnie złe wyniki skłaniają do szukania nowych środków, a szukać ich należało przy uwzględnieniu przyczyn chorobę wywołujących. Jakkolwiek właściwie nieznamy do tej pory istoty krzywicy i zdania badaczy o przyczynach jej powstawania są podzielone, to przecież dzięki badaniom Vierrodta i Riedela wiemy na pewne tyle, że nie zmniejszone wchłanianie soli wapniowych, lecz upośledzenie w osadzaniu ich w właściwych miejscach, inaczej mówiąc, nieprawidłowo zmniejszona alkaliczność krwi sprowadza owe zmiany. Gdyby więc można alkaliczność krwi jakiemiś środkami podnieść, to może udałoby się wywołać osadzanie się owych soli w właściwych miejscach, a tem samem poprawę krzywicy. W tym celu zdawała się być więc wskazaną spermina, która według Loevyego i Richtera podnosi alkaliczność krwi. Tymczasem przypadek zrządził, że na oddział kliniczny przyjęto dziecko, u którego rozpoznano obrzęk śluzakowy (*myxoedema*) i któremu, z tego powodu, podawano tyreoidynę. W ciągu pobytu tego chorego w klinice pokazało się, że podczas podawania tyreoidyny poprawił się stan dziecka co do krzywicy. Wobec tego rozpoczęto podawać ten przetwór innym dzieciom, dotkniętym krzywicą, tem bardziej, że już codzienne doświadczenie poucza, że między czynnością gruczołu tarczykowego a rozwojem kości zachodzi jakiś związek, dość przytoczyć niedostateczny rozwój kośćca matołków. Wyniki tego leczenia przeprowadzone na kilkunastu dzieciach były zadawalniające; nie osiągnięto wprawdzie wybitnie dodatniego wpływu na układ kostny, zauważono jednak, że chorzy ci, krzywicą dotknięci, którym dotąd tak się źle w szpitalu powodziło, przybierali na wadze, stawali się więcej odpornymi na biegunki, na które dzieci krzywicze tak często cierpią a wszystko to przemawia, w braku lepszych środków, za podjęciem dalszych prób. Podawano pastylki Mercka po 0·10 najpierw co drugi dzień, poźniej codziennie jedną pastylkę. Jakkolwiek dzieci nawet bardzo małe, (najmłodsze 4 miesięczne) znosiły tyreoidynę dobrze, to przecież H. ostrzega przed stosowaniem jej u chorych przychodnich, bez kontroli lekarskiej, gdyż czasami występywały mniej przyjemne objawy, jak n. p. wymioty, które to zaburzenia jednak po kilku dniach, przy odstawieniu leku, bez szkody dla zdrowia przemijały. *Dr. Raczyński.*

Dr. J. Marschner: **Kazuistyczne przyczynki do nauki o przewlekłej tężyczce, z obserwacyą nad leczeniem za pomocą gruczołu tarczykowego.** *(Deutsch. Archiv f. klin. Med.* 1896). Autor przytacza z kliniki Jakscha cztery przypadki tężyczki przewlekłej (*tetania*), w których napady trwały z mniejszemi lub większemi przerwami w ciągu kilku miesięcy do kilku lat. Piąty przypadek interesujący z tego względu, że objawy tężyczki wystąpiły u osoby 28 letniej, chorej na raka żołądka, — po wykonaniu nakłócia brzucha i wypuszczeniu płynu.

W jednym przypadku w przebiegu choroby wystąpiła tarcza zastoinowa.

Chorym podawano gruczoł tarczykowy, — przyczem autor nie zauważył żadnego dodatniego wpływu na przebieg tężyczki — bez względu na to, czy chorobie towarzyszyło powiększenie gruczołu tarczykowego, lub nie.
Dr. Rencki.

Ziemsen: **Przyczynek do metody podskórnego wstrzykiwania arsenu.** *(Deutsches Archiv f. klin. Med.* 1896). Znakomite wyniki lecznicze, jakie autor otrzymał przez podskórne stosowanie arsenu, zachęciły go do dalszych na większą skalę doświadczeń. Ponieważ pierwotnie używany *Liquor kali arsenicosi* ulega szybko zanieczyszczeniu i wywołuje bardzo często silne miejscowe bóle, a nawet ropnie i zgorzel, przeto Z. posługiwał się przetworem Spetha, który przed każdem użyciem wyjaławiał w parze. Jeden gram kw. arsenawego gotuje się z 5 c. ctm. normalnego ługu sodowego aż do zupełnego rozpuszczenia, poczem dodaje się 95 c. ctm. wody. Z tego 1% rozczynu *Solutio natri arsenicosi* robi się wstrzykiwania podskórne, początkowo raz, później dwa razy dziennie, zaczynając od 0·25 do 1 grama na dawkę. Dzienną dawkę 0·02 można ostrożnie powiększać bez żadnych zaburzeń łaknienia chorego. U osób wątłych, nerwo-

*) Celem trwalszego przechowania tego rozczynu poleca Berger dodać jednę lub dwie krople 1‰ rozczynu sublimatu.

wych, ma występować po kilku tygodniach większe rozdrażnienie nerwowe, uczucie osłabienia i znużenia. Objawy te po zaprzestaniu wstrzykiwań szybko ustępują i — nie powracają wcale przy ponownem rozpoczęciu wstrzykiwań.

Wyniki leczenia obiecuje autor ogłosić później; obecnie jednak donosi, że działanie wstrzykiwań podskórnych arsenu przewyższa znacznie podawanie przez usta i działa bardzo korzystnie w chorobach skórnych, białaczce i t. p.

Dr. Rencki.

Dr. B. W o r o t y n s k y: **O zawieszaniu (suspensyi), jako metodzie leczniczej w chorobach nerwowych.** *(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* Nr. 30. Zeszyt XII. 1895). W roku 1883. podał Moczutkowski nową metodę leczenia uwiądu rdzenia za pomocą zawieszania (suspensyi), a dobre wyniki przypisywał podniesieniu parcia krwi i następowemu lepszemu odżywieniu rdzenia pacierzowego. Od chwili gdy Charcot wyraził się przychylnie o nowej metodzie, a nawet zauważył korzystny wynik tego leczenia w drżące *(paralysis agitans)*, ilość zwolenników i przeciwników tej metody stawała się coraz większą. Jedni autorowie odmawiali wręcz korzystnego działania zawieszaniu, inni przeciwnie zauważali ustępywanie bolów, zboczeń z zakresu czucia, powrót czynności płciowych, poprawę w chodzie, a Althaus spostrzegał nawet pojawienie się odruchów kolanowych.

Chcąc sobie wyrobić własny sąd o wartości leczniczej zawieszania, stósował ją autor w klinice Bechterewa w Kazaniu w kilkunastu przypadkach chorób nerwowych. Omawiając krytycznie wszystkie modyfikacye przyrządów do zawieszania i metodę Bounzziego, gorąco polecaną przez Benedikta, opisuje W. przyrząd Sprimona, umożliwiający choremu zawieszanie w postawie siedzącej. Jest to słup 2 metrowej wysokości, opatrzony na górnym końcu blokiem, przez który przechodzi sznur, mający na jednym końcu skrzynkę na ciężary, a na przeciwnym właściwy przyrząd do zawieszania. Przez dowolne dokładanie ciężarków można zmniejszać lub zwiększać siłę wyciągającą (ekstenzyjną).

Autor w przebiegu uwiądu rdzenia pacierzowego i chorobach dolnych jego odcinków używał wyłącznie pętli, obejmujących łokcie przy zgiętem pod kątem prostym przedramieniu, a w razie objawów mózgowych dodawał pętle obejmujące podbródek i potylicę. Zawieszanie wykonywał codziennie przez 12—15, nawet 25 minut, posługując się obciążeniem od 50 do 120 funtów, przyczem nie zauważył nigdy ujemnych objawów.

Podczas zawieszania chorzy mieli z początku doznawać uczucia przyjemnego ciepła, niektórzy mrówienia wzdłuż kończyn dolnych i kręgosłupa, a w końcu stawali się sennymi. Przedmiotowo stwierdzić można było stałe przyspieszenie tętna, czasami zwiększenie się ilości oddechów, obfite wystąpienie potu na czole i wzdłuż kręgosłupa.

Z siedmiu ogłoszonych przypadków uwiądu rdzenia otrzymał W. w czterech bardzo znaczną poprawę w zakresie zboczeń czuciowych, bólów przeszywających, — zaburzeń ze strony pęcherza i chodu, w dwóch późnych okresach uwiądu rdzenia, zmniejszenie się bólów, a w jednym świeżym przypadku pogorszenie się stanu chorobowego. W przypadku próchnienia gruźliczego kręgów zawieszanie uwolniło chorego od bólów; w jednym przypadku niedomogi nerwowej po 45 posiedzeniach nastąpiła znakomita poprawa, w innym zaś: zapalenia rdzenia pacierzowego i jego błon wystąpiło pogorszenie.

Autor na podstawie swych spostrzeżeń przychodzi do następujących wniosków:

1) Zawieszanie jest odpowiednim środkiem leczniczym w pewnych chorobach nerwowych.

2) Wskazania i przeciwwskazania nie są dotąd jeszcze ściśle naukowo ugruntowane.

3) Ze wszystkich metod najmniej niebezpiecznym i najwygodniejszym jest przyrząd Sprimona.

4) Znakomite wyniki daje zawieszanie przy uwiądzie rdzenia w 2-gim okresie, a zadawalniające w niedomodze nerwowej i innych nerwicach.

5) Zawieszanie wywiera korzystny wpływ na zaburzenia wzroku u chorych z zanikiem nerwu wzrokowego.

6) Zawieszanie nie jest środkiem obojętnym dla chorego i dlatego należy wskazanie i zastósowanie jego dokładnie oznaczyć. *Dr. Rencki.*

E w e t z k y (Moskwa): **O błonicy spojówek i leczeniu jej za pomocą surowicy.** *(Berliner klin. Wochenschrift*, str. 685—689 z r. 1896). Kwestya leczenia błonicy spojówkowej za pomocą surowicy Behringa wchodzi teraz i w okulistyce na porządek dzienny. Autor podaje swoje dwa tego rodzaju przypadki, i nie może znaleść dość gorących słów na poparcie tego leczenia. Dotychczas znanych jest w literaturze 29 przypadków błonicy spojówkowej, leczonej surowicą; — wszyscy autorowie przyznają, że surowica działa dobrze i niezwykle szybko.

Autor jest zdania, że żaden środek miejscowo działający nie wpływa tak energicznie i nie wstrzymuje tak rychło sprawy błoniczej, jak właśnie wstrzykiwania podskórne surowicy, co ma wielkie znaczenie dla rokowania. Albowiem wstrzymując posuwanie się błonicy na rogówkę, chronimy ją na pewno, a z nią i wzrok. Zresztą trzeba pamiętać, że błonica z worka spojówkowego bardzo łatwo przenieść się może na nos, gardło i krtań, że wtedy na pierwszy plan wysuwa się sprawa życia chorego osobnika, a w końcu, że błonica udzielić się może otoczeniu dziecka z wszystkiemi smutnemi następstwami. Wszystkie te względy stanowią wielkie wskazanie do używania surowicy.

W praktyce, gdzie lekarz nie może badać wypociny bakteryologicznie, radzi autor w każdym przypadku zapalenia włóknikowego spojówki, nie pytając się o to, czy mamy do czynienia z dławcem, czy błonicą, użyć surowicy (najmniej dwie dawki od 5 do 10 cm.^{3} zależnie od wieku i sił dziecka). Miejscowe leczenie w takim razie ograniczyć można do przepłukiwania aseptycznemi płynami.

Rozprawkę swoją kończy autor słowami prof. Jaqueta z Lugdunu: „*Il serait presque insensé, au moins très peu raisonnable, de reculer devant l'emploi d'un remède si innocent contre un mal si dangereux*". *Stahr.*

VI. KORESPONDENCYE.

Lwów 3. Września.

Żałobna wieść o śmierci profesora Rosnera doszła mnie na obczyźnie i to w takim czasie, że już nie mogłem w porę stanąć z garścią ziemi nad grobem człowieka, dla którego, jako jego uczeń i kilkoletni asystent, noszę w sercu uczucie głębokiej wdzięczności.

Śmierć ta cofnęła me myśli o lat 20, to jest do tych chwil, kiedy będąc asystentem ś. p. prof. Rosnera, patrzałem na jego działalność naukowo-pedagogiczną i byłem jego pomocnikiem. Z wątku tych wspomnień skreśliłem kilka szczegółów ogólniejszej natury, któremi się dzielę z czytelnikami *Przeglądu.*

Już jako uczeń ś. p. prof. Rosnera podziwiałem jego dar pedagogicznego wtłaczania w pamięć słuchaczy szczegółów z zakresu dermatologii i syfilidologii.

Każdy przypadek badał systematycznie, wyjaśniał metodycznie i wyróżniał od cierpień podobnych, a czynił to tak wymownie, tak przekonywująco, że wybitniejsze przypadki na zawsze pozostały w pamięci, jak drogoskazy w późniejszem życiu praktycznem. Od Października 1875. do końca niemal 1878 r. byłem asystentem ś. p. prof. Rosnera i pod okiem jego prowadziłem klinikę chorób kiłowych i skórnych,

przeprowadzając za łaskawem jego zezwoleniem cały szereg doświadczeń, które miały na celu już to ocenę metod leczniczych, już to znów posuwanie nauki naprzód w zakresie dyagnostyki i etyologii chorób skórnych.

Przypominam, że w owym czasie dwie ważne sprawy w tej gałęzi nauk lekarskich zajęły umysły syfilidologów, a mianowicie: 1) metoda wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęci; 2) metoda leczenia rzerzączki, zwłaszcza przewłocznej, za pomocą endoskopów i miejscowych przyżegań błony śluzowej cewki.

W obu tych kierunkach odbywały się na klinice ś. p. prof. Rosnera ciągłe doświadczenia, a wyniki osiągnięte przez podskórne wstrzykiwania różnych przetworów rtęci, streszczone w mej rozprawie pod tytułem: „Uwagi nad najnowszymi środkami przeciwkiłowymi, używanymi do wstrzykiwań podskórnych“, Kraków 1878, zostały stwierdzone przez badania innych uczonych i, pod względem oceny ich terapeutycznej działalności, nauka dotąd zatrzymała ten sam sąd, niezbyt optymistyczny i rezerwujący wcieraniom szaruchy zawsze pierwszeństwo co do skuteczności.

Wprowadzenie napowrót nadmanganezianu potasowego, w bardzo drobnych jednak dawkach, do leczenia ostrej rzerzączki i świetne wyniki, osiągnięte właśnie za pomocą homeopatycznych prawie dawek, stanowią również zasługę ś. p. prof. Rosnera, który mnie zachęcił do przeprowadzenia całego szeregu badań, streszczonych w rozprawce mojej: „Przyczynek do leczenia ostrego rzerzączkowego zapalenia cewki moczowej“, Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 9. Października, 1878.

Badania drobnowidowe różnych chorób skórnych, szczególniej pierzchnicy wypocinowej czerwonej *(Lichen exsudativus ruber)*, („Przyczynek do patologii i terapii pierzchnicy wypocinowej czerwonej“ *Przegląd lek.* 1876), odbywane pod kierunkiem ś. p. prof. Rosnera, stósowanie operacyjnej metody w leczeniu owrzodzeń kiłowych i różnych cierpień skórnych, trzeźwe ocenienie różnych nowych metod leczenia, na podstawie żmudnych i ścisłych spostrzegań i doświadczeń, — oto treściwy obraz zbawiennej działalności ś. p. prof. Rosnera, jako kierownika kliniki w czasie mej 3-letniej wspólnej z nim pracy.

Niezwykła uprzejmość i grzeczność w codziennem pożyciu, popieranie asystentów i wprowadzanie ich w praktykę w pierwszych latach ich samoistnej działalności lekarskiej, opiekowanie się i interesowanie ich losami w latach późniejszych, otaczanie ich opieką i popieranie według możności, nieszczędzenie rad zbawiennych i uwag, — oto skromny wieniec zalet ś. p. profesora, którego imie w sercach wdzięcznych uczniów na zawsze niezatarte ślady pozostawiło.

Dr. Obtułowicz.

VII. I. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Dok. Patrz. Nr. 37).

Następnie prof. Politzer wyłożył rzecz: „O zbiorze objawów Méniera przy urazowem uszkodzeniu błędnika“, którą objaśnił przedstawieniem wyników badania histologicznego; gdy jednak cierpienie to nadzwyczaj rzadko sprowadza śmierć, dlatego więc anatomiczna jego podstawa nie jest jeszcze dotychczas dość wyjaśnioną i zapatrywania na tę chorobę są jeszcze podzielone. Co do utraty słuchu wskutek wstrząśnienia i pęknięcia czaszki, zostały ogłoszone dokładne anatomiczne badania, a mianowicie przypadki Voltoliniego i Politzera. W obu krwotok do błędnika, wskutek pęknięcia czaszki, pociągnął za sobą głuchotę i objawy Méniera. Jednak obraz histologiczny urazu błędnika dotychczas wcale nie jest znany. Politzer opisuje nowy podobny przypadek. Chory 21 letni szewc, wskutek uderzenia w głowę stracił przytomność, po odzyskaniu której okazał się głuchym, zataczał się i przedstawiał objawy porażenia n. twarzowego i zmysłu smaku po prawej stronie. Po 5 tygodniach wystąpiło ostre ropne zapalenie ucha środkowego, oraz objawy mózgowe, wśród których, mimo przekłucia błony bębenkowej, wypuszczenia sporej ilości ropy, chory umarł. Oględziny wykazały rozlane zapalenie opon mózgowych. Pęknięcie podstawy czaszki przechodziło przez obie kości skaliste. W przestworach ślimakowatych po obu stronach znaleziono wysięk krwawo zabarwiony. Przedstawione okazy drobnowidowe objaśniały szczegółowe zmiany w błędniku, z których zasługuje na osobliwą uwagę zapalne nowotworzenie tkanki łącznej, powstałej już w 5 tygodni po urazie. Co do przyczyny zapalenia opon nie można nic stanowczego twierdzić.

Prof. Gruber miał wykład pod tyt: „Przyczynek do nauki o śródczaszkowych zaburzeniach, wikłających choroby uszów“. Wobec niepewności objawów podmiotowych i przedmiotowych dla miejscowego rozpoznania śródczaszkowych powikłań chorób usznych usiłowano w nowszych czasach, w celach praktycznej otyatryi, wyzyskać dane statystyczne. Gruber, po ścisłem rozpatrzeniu i dokładnem zbadaniu 40,073 protokołów sekcyjnych z powszechnego szpitala w Wiedniu (od 1 Stycznia 1873. do 31. Grudnia 1894.), podaje następujące wyniki: 1) z ogólnej liczby 40073 sekcyj cierpienia śródczaszkowe były przyczyną śmierci 1806 razy, 2) z tej liczby 232 razy zaburzenia śródczaszkowe były następstwem chorób usznych; 3) ropne zapalenia narządu słuchowego okazały się najniebezpieczniejszemi w wieku od okresu pokwitania, do 50-go roku życia; 4) zajęcie ucha było po prawej stronie 118 razy, po lewej 103, po obu stronach 6 razy, niepodano 5 razy; 5) powikłania śródczaszkowe przyłączyły się do zapalenia ucha środkowego z jednoczesnem próchnieniem kości 167 razy, bez próchnienia 65 razy; 6) zakrzep zatok żylnych znaleziono 42 razy w przebiegu zapalenia ucha środkowego bez próchnienia kości, 106 razy z próchnieniem kości. Najczęściej były zajęte zatoki żylne poprzeczne i esowate. 7) Powikłania w przebiegu zapalenia ucha ropnego stanowiły: bez zakrzepu zatok zapalenie opon 21 razy, ropień mózgu 19 razy, ropień móżdżka raz. W przypadkach zapalenia ucha ropnego z zakrzepem zatok: zapalenie opon 12 razy, ropień móżdżka 2 razy. W przypadkach zapalenia ucha z próchnieniom kości bez zakrzepu: zapalenie opon 40 razy ropień mózgu 13 razy, ropień móżdżka 12 razy. W zapaleniu ucha z próchnieniem kości i zakrzepem: zapalenie opon 21 razy, ropień mózgu 7 razy, ropień móżdżka 4 razy, zapalenie opon z żółciołojakiem (*Cholesteatoma*) 8 razy.

Z kolei zabrał głos prof. Politzer i wyłożył rzecz pod tytułem „Przyczynki do operacyjnego odsłonięcia przestwo-

rów ucha środkowego“. P. podnosi doniosłą wartość tej operacyi, omawia stosunki anatomiczne i patologiczne, czyniące ją konieczną, wskazuje na pewne zmiany cechujące dla rozpoznania i roztrząsa wskazania do tego rękoczynu. Te ostatnie mogą polegać na zmianach w przewodzie usznym zewn., na błonie bęb., w jamie bębenkowej i wyrostka sutkowego. Szczególny nacisk kładzie P. na ścieśnienie przewodu słuchowego zewnętrznego. Aspiracya ropy za pomocą lejku pneumatycznego z jamy bęb. lub z jamy wyrostka sutkowego, obecność zielonawych grudek w płynie ucha przestrzykiwanego, rozstrzygają o konieczności operacyi. Dalej opisuje P. zmiany i objawy, które w 53 przypadkach przez niego operowanych, wskazywały na potrzebę operacyi, oraz zmiany znalezione po operacyi. Z powikłań, towarzyszących operacyi, wymienia P. krwotok z naczyń kości. Raz jeden opona twarda była naciętą, w innym znowu przypadku n. twarzowy został uszkodzonym. Niedowład ztąd powstały ustąpił z biegiem czasu zupełnie. W 2 przypadkach porażenie policzka, istniejące już przed operacyą, zupełnie po niej ustąpiło.

Po największej części operuje P. metodą Küstera, a tylko tam, gdzie stosunkowo słuch dość dobrze jeszcze jest utrzymany, poleca typową operacyę Schwartzego, a to ażeby przez radykalną operacyę wypróżnienia jamy bębenkowej, zbyt słuchu nie naruszać.

Plastyka ma się stosować do anatomicznych stosunków poszczególnych przypadków. W wybujałościach ziarninowych w uchu środkowem i małych jamkach zółciołojakowych (cholestearynowych) w wyrostku sutkowym dozwala P. otworowi za uchem zabliźnić się. Przy większych jamach żółcio-łojakowych w wyrostku uważa P. pozostawienie trwałej przetoki zausznej za konieczne. Z przypadków przez niego opisanych, dotychczas 17 jest wyleczonych. Zejście śmiertelne nastąpiło 6 razy.

P. wyraża przekonanie, że jak dotychczas zanadto pochopnie biorą się otyatrzy do tego zabiegu i często bez ścisłych wskazań, nawet w tych przypadkach, w których leczenie zachowawcze również prowadziłoby do skutku dodatniego.

Prof. Urbantschitsch mówił: „O przyczynkach do operacyi doszczętnej w uchu środkowem“, wyłożył w tym odczycie swe doświadczenia, zrobione na 72 operowanych przez niego przypadkach, w przeciągu ostatnich 2 lat. Z wybitnych zmian, w tych przypadkach znalezionych, zaznacza U., że 9 razy sprawa chorobowa dosięgła opony twardej, raz cząstki mózgu znalazły się w górnej części jamy bęb., raz znowu w płynie do przestrzykiwania. Oba te przypadki wyzdrowiały. Niedowład n. twarzowego, istniejący w kilku przypadkach już przed operacyą, znikł, albo zmniejszył się znacznie po niej. Podczas operacyi porażenie n. twarzowego nigdy nie nastąpiło, natomiast 6 razy w pierwszych dwóch dniach po zabiegu, lecz później po jakimś czasie ustąpiło. Zatoka poprzeczna była często naruszoną. Jako nieprzyjemne przypady podczas operacyi zdarzyły się 2 razy silniejsze krwotoki. Raz wystąpiły podczas łyżeczkowania ucha kurcze w kończynach strony przeciwnej; w innym znowu przypadku powstały kurcze ogólne przyrody histerycznej. Krwawienia tętnicze świadczą zawsze o otwarciu czaszki. Czasem podczas dłutowania występuje drżenie w zakresie n. twarzowego. Na to należy bardzo uważać, gdyż te poprzedzają nieraz porażenie tego nerwu. Operuje U. przeważnie sposobem Zaufala, niekiedy też sposobem Stackego. Plastyka Körnera dała mu najlepsze wyniki.

Najtrudniejszem i najważniejszem jest leczenie pooperacyjne. Tu idzie przedewszystkiem o zapobieżenie bujaniu ziarniny. Ku temu celowi służy trwały ucisk tamponami i przyżeganie kw. chromowym. Po ustąpieniu ziarninowania wlewa Urb. do jamy pooperacyjnej 2 razy dziennie 1% roczczyn wyskoku salicylowego. Przetokę zauszną utrzymuje otwartą aż do ustania ziarninowania; później ją zagaja. Raz zamknął ranę zauszną wcześniej, zmuszony względami towarzyskimi i estetycznymi chorej i skutek był tak dobry, że nie tylko tego nie żałował, ale to go zachęciło i skłoniło do podobnego postępowania i w innych przypadkach. Tylko wyjątkowo zostawia ten otwór trwale otwarty.

Z 72 przypadków operowanych w 27 skutek był dobry; 5 przypadków zakończyło się śmiercią. Słuch polepszył się w kilku przypadkach, a tylko w 2 pogorszył się.

Nad tym, grzmiącymi oklaskami przyjętym wykładem, rozwinęła się żywa dyskusya, w której pierwszy zabrał głos Doc. Dr. Gomperz. Zwraca on uwagę na to, że mimo zbawiennych skutków tego rękoczynu i jego niezaprzeczonej wartości, należy zawsze uwzględniać słuch. Przynajmniej w przypadkach, w których słuch w mającem się operować uchu jest jeszcze dość dobry, a po drugiej zaś stronie bardzo upośledzony, zabiegi te są przeciwwskazane, i powinny ustąpić przed sposobami leczniczymi mniej radykalnymi a więcej zachowawczymi i wtenczas tylko są usprawiedliwione, jeśli mają na oku ratowanie życia. Dalej radzi G. pierwej usunąć młotek i kowadełko, a potem dopiero tylną ścianę przewodu, gdyż przy odwrotnem postępowaniu, z powodu krwawienia, zabiegi w jamie bęb. są utrudnione, nie można ich dokładnie wzrokiem kontrolować, przez co strzemiączko narażone jest na uszkodzenie. Do zatrzymania oddzielanego skórnego przewodu usznego poleca się najlepiej dłuto rowkowane tępe. Do leczenia pooperacyjnego poleca G. używanie wyjałowionej waseliny, którą sie leje do przewodu usznego po pierwszym opatrunku. Do wdmuchiwania poleca proszek kw. borowego lub dermatolu.

Urbantschitsch odpowiada, że w jego przypadkach słuch był zawsze już przed operacyą bardzo upośledzony, Oddzielanie tylnej ściany przewodu nie sprawia znacznego krwawienia, natomiast poprzedzając ułatwia znakomicie następne zabiegi w jamie bęb. Co do wskazań, to trudno je na pewne tu postawić, gdyż nieraz U. znalazł sprawę chorobową bardzo głęboko posuniętą u chorych, dość dobrze wyglądających i wolnych od szczególnych groźnych objawów.

Politzer sądzi, że należy przy wyborze metody operacyi indywidualizować. Przy nie bardzo rozległych zmianach w wyrostku sutkowym można otwór pooperacyjny w tej kości zamknąć, przy dużych zaś jamach żółciołojakowych względy estetyczne ustępują na drugi plan i stały otwór zauszny jest niezbędnym.

Gruber uważa wyraz „operacya radykalna“ za niestósowny, gdyż i ten zabieg niezawsze sprowadza stałe i pewne wyleczenie. G. postępuje zwykle tak, że w początku operuje metodą typową Schwartzego, a dopiero później w miarę, jak się wśród operacyi okazuje konieczna potrzeba, idzie głębiej. On jest również za wczesnem, o ile można, zamknięciem rany zausznej.

Dr. F. Alt mówił: „O chorobach udarowych błędnika u pracujących pod wysokiem ciśnieniem w jaszczykach (*Caissonarbeiter*)“.

U trzech chorych, którzy pracowali po 4 godziny w jaszczykach mostowych pod nadmiernym naciskiem (*Ueberdruck*) 2·2—2·4 powietrzni, wystąpiły w jakiś czas później typowe objawy choroby Méniera. Badanie narządu słuchowego wykazało w nich zaklęśnięcie i sinawe zabarwienie błony bęb., nastrzykanie naczyń młotka i uszkodzenie błędnika. W innych podobnych przypadkach znaleziono wynaczynienia i krwawienia na błonie bębenkowej. A. tłómaczy te zmiany w ten sposób: Robotnik, pracujący pod nadmiernem ciśnieniem powietrza, stara się odruchowo wyrównać różnicę ucisku w jamie bęb. przez wykonanie zabiegu Walsalwy i ruchów połykowych. Jeżeli się to nie udaje, natenczas narząd słuchowy zostaje narażony na różne uszkodzenia, a chory na przykre przypady. Jeżeli trąbka Eustachiusza zupełnie jest zamknięta, wtedy wytwarza się w jamie bęb. ucisk ujemny, t. j. rozrzedzenie powietrza, które pociąga za sobą rozcieńczenie powietrza także w błędniku i w dalszym następstwie przekrwienie zastoinowe, które znowu przy dłuższem trwaniu sprowadza wysięki i wynaczynienia w uchu środkowem i w błędniku. Zatem czysto mechaniczne czynniki dostatecznie, zdaniem prelegenta, tłómaczą zmiany w omawianych przypadkach. Nie odmawia jednak Alt bynajmniej teoryi pęcherzyków powietrznych (*Gasblasenteorie*) wszelkiej racyi i owszem przyznaje, iż krwawienia w błędniku mogą w pewnych przypadkach powstać również przez zatory powietrza (*Luftembolie*), wyklucza to jednak w swoich przypadkach ze względu na wyniki badania.

Doc. Dr. Pollak mówił: „O zapaleniu surowiczem ochrzęstnej przegrody nosa (*Perichondritis septi narium serasa*)“.

Po opisaniu przez siebie obserwowanego i leczonego przypadku wyraża P. zdanie, że ta nazwa *Perichondritis*, którą Jurasz, ze względu na pozorną analogię z zapaleniem ochrzęstnej surowiczem chirurgów tak określił, nie jest odpowiednią dla opisanej przez niego choroby. Prędzej podziela P. zdanie Velpeaua, który w tej sprawie upatruje utwory torbielowe w przegrodzie nosa. Prelegent sądzi, że idzie tu o pierwotne zwyrodnienie chrząstki czworokątnej, zmięknienie i wytworzenie się w niej przestworów i naczyń. Zależnie od urazu wywartego na tak zmienioną chrząstkę wytwarza się następowo krwotok lub też zapalenie ochrzęstnej samoistne, ostre lub surowicze i t. d.

Doc. Dr. Gomperz mówił: „O typowej zmianie w napięciu błony bębenkowej przy zamknięciu trąbki, działającem na podobieństwo klapy (*ventilartig*)“.

W pewnych przypadkach można spostrzegać pęcherzykowate wydęcie tylnego górnego odcinka zresztą zupełnie prawidłowej błony bębenkowej. Chorzy narzekają zwykle na różne nieznaczne dolegliwości, jak uczucie napięcia w uchu, szmery podmiotowe i t. p. Słuch jest przytem mało tylko upośledzony, albo wcale nienaruszony. Po największej części znajduje się równocześnie zapalenie nieżytowe, przerost błony śluzowej, ukleje, ropienie w nosie, lub w sąsiednich jamach. Dokładne spostrzegania i badania pouczyły prelegenta, że w takich przypadkach idzie o zatkanie trąbki Eustachiusza przez cząstki śluzu, lub napęczniałą błonę śluzową, działającą na wzór klapy, tak że powietrze może wprawdzie przez trąbkę swobodnie dostać się do ucha, lecz nie odwrotnie. Za pomocą leczenia zmian w jamie nosowo-połykowej i trąbce przez przyżeganie i stoczkowanie, udało mu się usunąć także zmiany na błonie bębenkowej, oraz przykre dolegliwości od nich zależne.

Doc. Dr. Gomperz wyłożył rzecz: „O zdolności do zamknięcia się starych przedziurawień błony bębenkowej“.

W odpowiednich przypadkach próbował G. zastarzałe przedziurawienia błony bębenkowej zabliźnić przy pomocy przyżegania brzegów ubytu kw. trójchlorooctowym sposobem Okunieffa. W 4 przypadkach już po krótkim czasie otwór zupełnie zabliźnił się, w innych zaś ubytek znacznie się zmniejszył. Leczenie to jest bardzo bolesne, jednak chorzy je dobrze znoszą. Przed leczeniem należy zawsze przekonać się, czy zamknięcie otworku w błonie wogóle dobrze wpływa na słuch i, czy zatykanie ubytku przez włożone sztuczne błonki słuchu nie pogarsza. W wyleczonych przez G. przypadkach słuch poprawił się, a szmery podmiotowe zmniejszyły się.

Dr. Hammerschlag miał wykład: „O ruchach oddechowych i tętniących błony bębenkowej“.

H. wykonał doświadczenia przy pomocy przyrządu własnego pomysłu i, na podstawie 30 spostrzeżeń, doszedł do następujących wyników:

1) Na błonie bęb. spostrzegać się dają stałe ruchy równoczesne ze skurczem serca, które pochodzą od zmniejszenia przy każdym skurczu pojemności jamy bęb. i następowego wypuklania błony bęb. na zewnątrz.

2) Również spostrzegamy na błonie bęben. ruchy oddechowe, dające się wytłómaczyć w ten sposób: Powietrze wydechane porywa z sobą powietrze znajdujące się w trąbce, wskutek czego błona przy każdym wydechu wpukla się; natomiast powietrze wdechowe, wnikając do jamy bęb., wypukla błonę bębenkową przy każdym wdechu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prof. Gruber pożegnał obecnych, dziękując zgromadzonym za przybycie i żywy współudział, a jednocześnie prosząc o dalszą życzliwość i poparcie dla celów Towarzystwa otologicznego.

Tego samego dnia większa część uczestników zebrała się na pożegnalny obiad w ogrodzie Sachera, gdzie prof. Urbantschitsch w mowie bardzo dowcipnej, lecz pełnej wzniosłych myśli, sławił zasługi prof. Grubera koło założenia Towarzystwa otologicznego i zwołania kończącego się zjazdu. Po licznych, dowcipami iskrzących, pełnych humoru toastach, nastąpiło serdeczne ogólne pożegnanie, przyczem wyrażano życzenie i nadzieję zgromadzenia się znowu na Wielkanocne święta przyszłego roku.

Bogatsi w wiedzę, pełni zachęty do prac naukowych, rozpierzchli się wieczorem uczestnicy Zjazdu na wszystkie strony świata, aby wróciwszy do swoich penatów oddać się codziennym trudom swego zawodu.

Wiedeń, 7. Sierpnia.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Gliceryna i napoje wyskokowe.

W ostatnich dniach roztrząsano w wiedeńskiej Najwyższej Radzie zdrowia pytanie, jaką ilość gliceryny w napojach wyskokowych należy uważać za szkodliwą dla zdrowia? Referował tę sprawę profesor Dr. Ludwig i przyłączył się bez żadnych zastrzeżeń do orzeczenia wiedeńskiego wydziału lekarskiego, z roku 1887. Sprawę tę wysunęło na porządek dzienny zapytanie kierownika pracowni chemicznej z Klosterneuburga, który w powszechnie przez lekarzy zalecanem piwie Jana Hoffa z Wiednia, zwanem *Malzextrakt-Gesundheitsbier*, znalazł 64 do 69 gramów gliceryny na litr piwa. Bardzo gruntownie opracowane orzeczenie podnosi, że wprawdzie gliceryna w napojach wyskokowych zawsze w czasie fermentacyi wytwarza się i, że ma doniosły wpływ na dobry smak, trwałość i piękne wejrzenie napojów, to jednak właśnie z tych powodów producenci, dla wprowadzenia w błąd konsumentów, nadużywają gliceryny tem bardziej, że ona tańsza od kwasu salicylowego, który ma podobny wpływ na napoje, i że gliceryna, zawierając nadto duże ilości cukru, przedstawia lepszą pożywkę. Atoli gliceryna i najczystsza nie jest obojętną dla ustroju, a w nieco większych dawkach drażni nerki i pęcherz moczowy, a cóż dopiero gliceryna znajdująca się w handlu nieaptekarskim, zanieczyszczona kwasem mrówczanym, szczawiowym oraz kwasami tłuszczowymi. Zasadniczo zatem, dodawanie gliceryny do napojów wyskokowych, likierów, wyciągów i soków owocowych, należy uważać za szkodliwe dla zdrowia. Co zaś do pytania ile gliceryny zawierają czyste napoje, nie można dziś dać stanowczej odpowiedzi; wahania tu są zbyt wielkie, by wolno było stawiać jakiekolwiek ogólne granice, i dlatego też nie można się porywać na odpowiedź, ile można do napojów wyskokowych dodawać gliceryny, gdyby one jej mniej zawierały. (*Das österreichische Sanitätswesen* z 16. Lipca 1896). *St.*

* **Sprawozdanie biura statystycznego miasta Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXXVI.** (od 30. Sierpnia po 5. Września b. r.). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 80.310. Zawarto małżeństw 10 (6·47); urodzin było 59 (41·44); skonów 55 (35·61). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 28 : 14, u żydów 5 : 12.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 17. Września 1896.

× W skutek starań poczynionych przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską (patrz *Przegląd lekarski* Nr. 35. „Posiedzenie Wydziału Izby“), rozesłał Wydział krajowy do Wydziałów powiatowych następujący

OKÓLNIK.

Z powodu skonstatowania faktu, że niektóre Wydziały powiatowe, przy rozpisywaniu konkursów na posady lekarzy okręgowych, zamieszczają warunek nieprzekroczenia 40. roku życia przez kandydata, ubiegającego się o powyższą posadę, zwracamy uwagę Wydziału powiatowego, że ustawa z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. Dz. ust. kraj., a w szczególności §. 7. tejże, normujący kwalifikacye kandydatów na lekarzy okręgowych, żadnego postanowienia co do wieku nie zawiera, wobec tego należy tedy zaniechać zamieszczania w ogłoszeniach konkursu powyższego warunku.

Zarazem polecamy Wydziałowi powiatowemu, ażeby przy mianowaniu lekarzy okręgowych ściśle przestrzegał ustawowych wymogów kwalifikacyi tychże, a mianowicie, wykazania się 2-letnią praktyką lekarską.

Lwów dnia 25. Sierpnia 1896.

Marszałek krajowy **S. Badeni** m. p.
Członek Wydz. kraj. **Wereszczyński** m. p.

* JE. Pan Minister Wyznań i Oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiell., dopuszczającą Doktorów Jana Raczyńskiego i Leona Kryńskiego do stanowiska docenta prywatnego, pierwszego do pedyatryi, drugiego do chirurgii.

* Dr. Monsiorski Zygmunt bronił publicznie w Paryżu rozprawy p. t.: *De l'insertion vicieuse du placenta.* Ma to być praca bardzo gruntowna, nawet znakomita tak, że prezes *jury* Dr. Pinard oświadczył autorowi, że „ktokolwiek będzie badał tę sprawę położniczą, musi się zapoznać z jego rozprawą“.

Zabawny zaszedł przypadek podczas odbywania się rozpraw nad twierdzeniami Dra Monsiorskiego: jeden z oponentów poczynił naukowe zarzuty autorowi, na które odpowiedział nie Dr. M., lecz dwaj inni oponenci, którzy te zarzuty jako bezpodstawne odparli.

* W Warszawie podniesiono myśl nazwania jednej z ulic, mających przecinać plac, który powstanie po zburzeniu szpitala Dzieciątka Jezus, ulicą ks. Baudouina, a to w celu uwiecznienia pamięci założyciela tego szpitala.

* W Austryi stoi na porządku dziennym sprawa zniesienia czesnego. Przeciw temu projektowi, według *Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 36. do tej pory oświadczyli się: Wydział lekarski w Gradcu i Wiedniu, oraz Wydział prawniczy w Wiedniu.

* *Berliner klin. Wochenschrift* (Nr. 35.) podaje, że rząd rosyjski upoważnił swych konsulów do wizowania paszportów tym lekarzom żydom, którzy zechcą brać udział w przyszłorocznym międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Moskwie.

* Wiadomości uniwersyteckie. Profesor Zacharin (Moskwa) wskutek nieporozumień z słuchaczami, opuszcza swą katedrę. Prof. Erisman, jako cudzoziemiec, ku wielkiemu żalowi prasy rosyjskiej, opuszcza również katedrę i wyjeżdża zagranicę na stały pobyt. Dr. Hess został mianowany profesorem okulistyki w Marburgu. Dr. Ritschl otrzymał posadę profesora chirurgii w Freiburgu.

* Wiadomości osobowe. Rada miejska miasta Podgórza wybrała lekarzem miejskim Dra Smorągiewicza. — Dr. Langie Adam wyjeżdża do Paryża na dłuższy pobyt w celach naukowych. — Koll. prof. Cybulski i docent Zarewicz powrócili do Krakowa po kilkotygodniowej nieobecności.

† **Nekrologia.** Z Maryenbadu nadchodzi wiadomość o śmierci Dra **Zygmunta Dobieszewskiego.** Zmarły urodził się w roku 1836. na Litwie, szkoły średnie oraz nauki lekarskie ukończył w Warszawie; z Warszawy, gdzie piastował urząd naczelnego lekarza w szpitalu na Pradze, został powołany w r. 1870. przez Wydział krajowy na stanowisko inspektora galicyjskich szpitali powszechnych. Od r. 1874. przebywał w czasie letniego sezonu w Maryenbadzie, jako lekarz zdrojowy, gdzie też i życia dokonał. Ś. p. Dobieszewski w swoim czasie wiele pisał: naliczamy 54 rozpraw, które ogłosił przeważnie w czasopismach warszawskich. Polskiej literaturze przyswoił pracę Dujardin Beaumetza p. t.: „Higiena żywienia“. — W Mnichowie umarł profesor anatomii **Rüdinger.**

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 37. Dra Kijewskiego: Przyczynek do leczenia wola t. zw. tyreoidyną. Prof. Obalińskiego: Obecny stan chirurgii nerek. Dra Janowskiego: O etyologii dyzenteryi. — W *Nowinach lekarskich* Nrze 8. i 9. Dra Ed. Biernackiego: Określenie blednicy. Dra Józefa Bogdanika: Przypadek pękniętego torbiela jajnika wskutek urazu. Dra Józefa Talko: *Melanosis conjunctivae hypertrophica.* — W *Medycynie* Nrze 37. Dra Gepnera (syna): O ciałach obcych metalicznych w oku. — W *Kronice lekarskiej*, zeszyt 17: Dra Miklaszewskiego: Przyczynek do kazuistyki promienicy klatki piersiowej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ciechanowski: Über die sog. Hypertrophie der Vorsteherdrüse und über anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der Blase. (Odbitka z Nru 32. *Centralblatt für Chirurgie*).

— Dr. A. Hock: Über medicamentöse Behandlung von Darmkatarrhen des Säuglingsalters. Wiedeń, 1896.

— Prof. Dr. J. Mehring: Ist das Trional ein brauchbares Hypnoticum und besitzt es Vorzüge vor dem Sulfonal? Berlin, 1896.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.